

DOI: <https://doi.org/10.18359/rmed.3767>

Tasa de embarazo en mujeres usuarias de implantes subdérmicos, en un instituto prestador de salud del sur de Bogotá

Santiago Rubio Campo^a Maximiliano Bustacara Díaz^b

Resumen: Este artículo determina las tasas de embarazo en usuarias de implantes Jadelle e Implanon y el porcentaje de continuidad de este método durante su uso en pacientes de un instituto prestador de salud (IPS) del sur de la ciudad. A través de un estudio descriptivo se revisaron las bases de datos de 14.566 mujeres fértiles que asistieron a la consulta de planificación para portar el implante subdérmico entre 2014 y 2017. Gracias a esto, se encontró que la tasa de embarazo promedio en este periodo fue, para el Jadelle, de 2,81 por 1000, y para el Implanon, de 1,19 por 1000, lo que evidencia cifras mayores a las esperadas. Asimismo, se evidenció que la colocación del implante después de la fecundación es la principal causa del aumento de las tasas. El fallo de los implantes valorado por la presencia de embarazo es inferior al 1 %, pero para mantener esta cifra se debe realizar rutinariamente una detección precoz de embarazo.

Palabras claves: dispositivos anticonceptivos; anticoncepción; tasa de embarazo; embarazo; efectividad.

Fecha de recepción: 25 de agosto de 2017 **Fecha de aprobación:** 6 de diciembre de 2018

Cómo citar: Rubio Campo S, Bustacara Díaz M. Tasa de embarazo en mujeres usuarias de implantes subdérmicos, en un instituto prestador de salud del sur de Bogotá. Rev. Med. [Internet]. 22 de abril de 2020 [citado 14 de mayo de 2020];27(1):7-15. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/3767>

-
- ^a Médico cirujano. Universidad del Bosque, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: srubio@unbosque.edu.co
^b Médico cirujano, Especialista en Auditoría y Salud. M. Sc. Administrador Unidad de Servicios Ambulatorios Primero de Mayo, Compensar Salud, Bogotá, Colombia

Pregnancy Rates in Women Using Subdermal Contraceptive Implants at a Healthcare Institution in Southern Bogotá

Abstract: This article determines the pregnancy rates in Jadelle and Implanon users and the percentage of continuity of this method in patients of a healthcare institution (IPS) in the south of the city. Through a descriptive study, the databases of 14,566 fertile women who attended contraception appointments to get a subdermal implant between 2014 and 2017 were reviewed. As a result, it was found that the average pregnancy rate for this period was 2.81 per 1000 for Jadelle and 1.19 per 1000 for Implanon, figures higher than expected. It was also noted that implant placement after fertilization is the main cause of increase in these rates. Implant failure due to existing pregnancy is less than 1 %, but to maintain this figure, early pregnancy tests should be routinely performed.

Keywords: Contraceptive devices; contraception; pregnancy rate; pregnancy; effectiveness.

Taxa de gravidez em mulheres usuárias de implantes subdérmicos, em um instituto prestador de saúde do sul de Bogotá, Colômbia

Resumo: Este artigo determina as taxas de gravidez em usuárias de implantes Jadelle e Implanon e a porcentagem de continuidade desse método durante seu uso em pacientes de um instituto prestador de saúde (IPS) do sul de Bogotá, Colômbia. Por meio de um estudo descritivo, foram revisadas as bases de dados de 14.566 mulheres férteis que foram à consulta de planejamento para ter o implante subdérmico entre 2014 e 2017. A partir disso, foi verificado que a taxa de gravidez média no período foi, para o Jadelle, de 2,81 por 1.000 e, para o Implanon, de 1,19 por 1.000, o que evidencia cifras maiores às esperadas. Além disso, foi constatado que a colocação do implante depois da fecundação é a principal causa do aumento das taxas. A falha dos implantes avaliada pela presença de gravidez é inferior a 1%, mas, para manter essa cifra, deve-se realizar uma detecção precoce da gravidez.

Palavras-chave: dispositivos anticoncepcionais; anticoncepção; taxa de gravidez; gestação; efetividade.

Introducción

El embarazo no deseado es una condición prevalente en Colombia y en América Latina. Según un estudio de Morales *et al.*, el 18,7 % de alumnas encuestadas en un centro universitario de La Habana, Cuba, presentó al menos un embarazo no deseado (1). En Colombia, un estudio de Flórez y Soto. (2), destaca que la tasa de fecundidad adolescente en mujeres no unidas, de 20 a 24 años, fue en 1990 de 49,7 % y aumentó en 2005 a 76,5 %.

Algunos factores que facilitan la perduración de esta problemática son el hecho de pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, la falta de acceso a información sobre el tema y un conocimiento inadecuado a la hora de usar de manera correcta un método anticonceptivo. Según la encuesta nacional de demografía y salud, más del 90 % de mujeres sabe que se pueden utilizar como métodos anticonceptivos el DIU, las píldoras, las inyecciones y el preservativo, pero solo el 62 % de las mujeres saben que existe el implante subdérmico para tal fin. Además, del total de mujeres encuestadas, solo el 0,4 % ha utilizado este método de planificación (3).

Al comparar el número de mujeres que cambió el método o no continuó planificando, se observa que la cantidad más alta de discontinuidad se da con la píldora anticonceptiva, con 2603 mujeres, seguida del condón y el DIU con 883 y 748 mujeres, respectivamente. En contraposición, el implante subdérmico es el anticonceptivo con mayor continuidad, dado que solo 22 mujeres se retiraron el implante (3).

La tasa de embarazo de los implantes subdérmicos según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de 0,5 por 10.000 mujeres (4), pero esta tasa puede variar dependiendo de la zona y del tipo de estudio que se realice. Un estudio llevado a cabo en la clínica Profamilia de Bogotá, Colombia, a 7776 personas estableció que el 3,44 % de estas (equivalente a 33 pacientes) se retiró el implante Norplant por embarazo, con una tasa de embarazo de 4,24 por 1000 pacientes (5), siendo esta considerablemente más alta que las registradas por la OMS. No se encontraron otros estudios que evaluaran la efectividad del método en Colombia.

Dada la mayor efectividad de los implantes subdérmicos para la disminución de las tasas de fecundidad, sus bajas tasas de discontinuidad y la poca cantidad de estudios sobre la efectividad del método en Colombia, así como el poco conocimiento existente en este tema a nivel cultural, esta investigación tuvo como objeto el examen de la efectividad de este método a partir de la determinación de las tasas de embarazo con el implante en Bogotá. Se analizaron también las causas que provocaron embarazo en las mujeres que utilizaron el implante subdérmico y el porcentaje de continuidad durante su tiempo de uso.

Materiales y métodos

Diseño de estudio

Este es un estudio descriptivo de enfoque cuantitativo, que recolectó datos de las pacientes estudiadas y realizó un análisis y medición de estos. Además, en la investigación se efectuó la revisión de las bases de datos de las pacientes que asistieron a la consulta de planificación entre 2014 y 2017. La investigación se rigió por las normas locales que delimitan el estudio sin riesgo de causar daño a la población, por utilizar solo bases de datos e información contenida en historias clínicas. Para usar la información se contó con la previa autorización de la institución de salud y se recopiló manteniendo la privacidad y anonimato de los registros médicos de las pacientes.

Población y muestra

El estudio se llevó a cabo con mujeres entre 13 y 45 años de edad, para un total de 14.566 pacientes que planificaban con implante subdérmico (Jadelle y Implanon), de las cuales se tomaron aquellas que quedaron en embarazo durante el uso del implante.

Mediciones

Se utilizaron las siguientes variables: *independientes*: tiempo de uso, edad, días pasados entre la inserción del implante y el embarazo, e *dependientes*: embarazo, semanas de embarazo al momento del retiro del implante. Se tomaron las bases de datos

de planificación, de las pacientes que planificaban con Jadelle o Implanon. Se tomó de estas bases información relevante como el número total de pacientes a las que se les insertó el implante, el número de retiros realizados, los motivos por los cuales se realizó el retiro y las fechas de inserción y de retiro del implante.

Análisis estadístico

Los datos de estudio se registraron manualmente en Excel; además, se determinaron las tasas de embarazo y los porcentajes de continuidad de las pacientes evaluadas entre 2014 y 2017, y de un promedio final que comprende todo el periodo, a partir de tablas realizadas en Excel.

Resultados

Para hallar las tasas de embarazo se determinó el número total de implantes insertados y se dividió por el número total de retiros por embarazo. Se hallaron las tasas de cada año y el promedio final de tasa de embarazo comprendida dentro de todo el periodo. La tasa de embarazo promedio precisada para un instituto prestador de salud (IPS) del sur de Bogotá desde el 1 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2017 fue, para el Jadelle, de 2,81 por 1000 personas, y para el Implanon, de 1,19 por 1000 personas (figura 1).

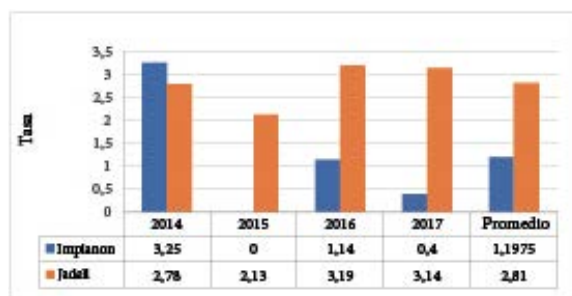


Figura 1. Tasas de embarazo de mujeres portadoras de implantes Implanon y Jadelle entre 2014 y 2017

Fuente: elaboración propia.

Posteriormente, se revisaron los 30 casos de pacientes embarazadas con el uso del método, y se evidenció que en 21 de estos las pacientes ya estaban embarazadas al momento de insertar el implante. Esto se concluyó, a partir de la identificación

de datos importantes de cada paciente, como fecha de última de regla (FUR), fecha de realización de la prueba de embarazo, fecha de inserción del implante, semanas de embarazo al momento de la inserción del implante (a partir de la fecha de gestación calculada por FUR o por ecografía obstétrica del primer trimestre) y las semanas de embarazo al momento de retirar el implante. En caso de que la FUR no fuera confiable, se empleó como referencia la primera ecografía obstétrica para la determinación de la edad gestacional.

Todas tenían una prueba de embarazo negativa entre las 72 horas previas al procedimiento, pero se desconoce si mantuvieron una abstinencia sexual menor a 19 días; razón por la cual la prueba de embarazo por medio de la detección gonadotropina coriónica humana (*Human chorionic gonadotropin-hCG*) pudo haber expuesto falsos negativos. Por tal motivo, se hallaron también las tasas de embarazo solo de aquellas pacientes con fallo real del implante (9 mujeres), y se excluyeron las mujeres a quienes se les fijó el implante estando embarazadas (21 mujeres de 30). Las tasas de embarazo en mujeres con fallos reales del implante fueron de 0,61 por 1000 mujeres para el Jadelle y 0,1 por 1000 mujeres para el Implanon (figura 2).

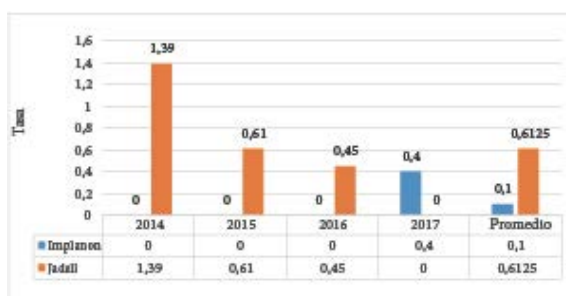


Figura 2. Tasas de embarazo de mujeres portadoras de implantes Implanon y Jadelle entre 2014 y 2017, sin la inclusión de pacientes embarazadas antes de la inserción

Fuente: elaboración propia.

El porcentaje de continuidad de implantes subdérmicos se refiere al porcentaje de pacientes con Jadelle o Implanon que continuó con el implante hasta su periodo de caducidad, el cual es para el Implanon de tres años y para el Jadelle de cinco años. Se registró el porcentaje de continuidad de los implantes subdérmicos de cada año desde 2014 hasta

2017 y el promedio del porcentaje durante todo el periodo. Con lo anterior se determinó que el porcentaje de continuidad de los implantes subdérmicos desde 2014 hasta 2017 fue para el Jadelle de 66 % y para el Implanon, de 88 % (figura 3). Esto indica que existe una mayor adherencia al uso del implante Implanon, en la cual influye, probablemente, que este tiene un menor tiempo de uso activo.

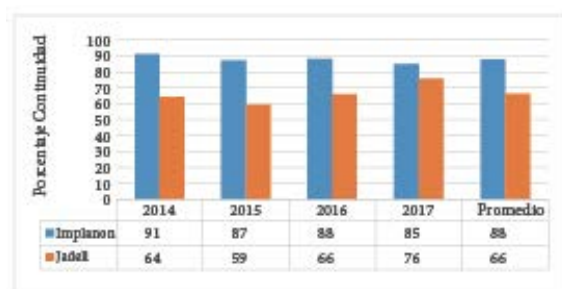


Figura 3. Porcentaje de continuidad de implantes Jadelle e Implanon en mujeres planificando con este método, entre 2014 y 2017

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Al analizar los resultados, llama la atención que el 70 % de las 30 pacientes que resultaron embarazadas con el uso del método ya estaban embarazadas al momento de su inserción, y que el embarazo no se produjo por fallo real de este. Además, no se encontraron otras variables importantes que influirían de forma directa en el fallo del implante.

En las tasas de embarazo de mujeres con fallos reales del implante, los valores de 0,61 por 1000 mujeres para el Jadelle y de 0,1 por 1000 mujeres para el Implanon se aproximan a la tasa registrada por la OMS, la cual es de 0,5 por 1000 mujeres (4).

Siendo así, aunque inicialmente se hallaron tasas de embarazo con valores superiores a lo esperado, la problemática radica esencialmente en factores secundarios ajenos al implante, como en la detección temprana del embarazo y el mal uso de laboratorios para su identificación. Cabe recordar que la gonadotropina beta coriónica cuantitativa (BhCG) es la prueba de mayor utilidad para la detección del embarazo (6-8) y que esta empieza a secretarse en la sangre materna después de la implantación. Su secreción ocurre después de 6 a 12

días de la fertilización en el 100 % de la población y empieza entre los días 8 y 10 en el 84 % de la población estudiada (9). Esta puede ser positiva después de los tres días de la implantación, pero después de los siete días de implantación se marca positividad en el 98 % de los casos (10).

Por lo tanto, teniendo en cuenta los anteriores porcentajes, debería existir un periodo de abstinencia sexual de por lo menos 20 días para que la prueba BhCG no sea negativa cuando, en realidad, el óvulo ya ha sido fecundado. Esto es lo que sucede cuando una mujer se realiza la prueba muy temprano después de la fecundación (antes de la implantación), lo que impide que la BhCG supere el umbral de positividad (11).

Además, la BhCG se duplica cada 48 horas, su concentración sérica alcanza un pico máximo de las ocho a las diez semanas y esta se considera positiva si alcanza un nivel de 5mUI/ml en la prueba cuantitativa para un test ultrasensible (12, 13). No se recomienda el uso de pruebas de BhCG en orina por su poca sensibilidad y especificidad en el diagnóstico (14).

También es importante que el profesional de la salud a cargo de la inserción del implante tenga en cuenta los signos y síntomas básicos del embarazo: amenorrea, náuseas, polaquiuria, astenia, adinamia, aumento del tamaño de las mamas con venas visibles bajo la piel, oscurecimiento y agrandamiento de areolas, estreñimiento, cambios del estado de ánimo, antojos, calambres uterinos, congestión nasal, eritema palmar, hiperpigmentación en cara y línea alba, así como angiomas aracniformes (15-17). Sin embargo, estos se aplican solo a unas pocas mujeres antes de la quinta semana del embarazo, ya que solo el 60 % experimenta signos y síntomas de la quinta a la sexta semana de embarazo y solo hasta la octava semana el 90 % de las pacientes son sintomáticas (18).

Conclusiones

Nuestros resultados sugieren que las tasas de embarazo en pacientes portadoras de implantes subdérmicos en una IPS del sur de Bogotá son mayores a la tasa de referencia indicada por la OMS, pero al excluir a las pacientes embarazadas antes de la inserción del implante, las tasas son inferiores al 1 %.

Además, existe una buena adherencia al método, especialmente con el uso del implante Implanon, el cual es activo por tres años. También se encontró que la causa principal de embarazo con el uso del implante subdérmico es su colocación cuando las pacientes ya han fecundado. Se espera que este estudio sirva como futura guía para ahondar en la revisión de este tema a nivel nacional y que se realicen más estudios epidemiológicos que investiguen diferentes formas de disminuir las tasas de embarazo al momento de utilizar un implante subdérmico como anticonceptivo. Se plantean, así, posibles hipótesis, por ejemplo, mantener mínimo 20 días de abstención sexual antes de la cuantificación de la BhCG en sangre para evitar falsos negativos, realizar una anamnesis completa, dirigida a descartar cualquiera de los síntomas cardinales que indiquen embarazo y asegurar que la prueba de embarazo utilizada sea de detección de BhCG cuantitativa en sangre, y que su realización esté a cargo de un laboratorio certificado.

Conflicto de intereses

Los autores del presente trabajo declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- [1] Morales E, Solanelles AM, Mora SR, Miranda O. Embarazo no deseado en alumnas universitarias [Internet]. *Rev Cub Med Mil*. 2013;42(2):153-163. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000200004
- [2] Flórez CE, Soto VE. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia. *Notas de Población*. 2007 en.;33(83):41-74. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12820/np83041074_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [3] Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995 [Internet]. Calverton [Maryland]: Macro International Inc.; 1995 oct. Disponible en: <https://www.min-salud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENDS%201995%20Informe.pdf>
- [4] Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación familiar: un manual mundial para proveedores [Internet]. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. 2011. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/1/9780978856373_eng.pdf
- [5] Galarza JC. Motivos de retiro de implantes Norplant [Internet]. *Rev Col Obst Gine*. 1994;45(3):233-239. Disponible en: <https://revista.fecolcog.org/index.php/rcog/article/viewFile/810/968>
- [6] Schmidt LL, Asch RH, Frederick JL, Rojas FJ, Stone SC, Balmaceda JP. The predictive value of a single beta human chorionic gonadotropin in pregnancies achieved by assisted reproductive technology [Internet]. *Fert Ster* 2018 abr. 20;62(2):333-8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)56887-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282(16)56887-3)
- [7] Aller J, Pagés G. *Obstetricia Moderna* [Internet]. 3.ª ed. Caracas: McGraw-Hill Interamericana; 1999. 583 p. Disponible en: http://www.fertilab.net/fertilab/eventos_2012/libro_obstetricia_moderna_1
- [8] Butler SA, Khanlian SA, Cole LA. Detection of early pregnancy forms of human chorionic gonadotropin by home pregnancy test devices [Internet]. *Clin Chem*. 2001 dic.;47(12):2131-6. Disponible en: <http://clinchem.aaccjnls.org/content/47/12/2131.long>
- [9] Wilcox AJ, Baird DD, Weinberg CR. Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy [Internet]. *N Engl J Med*. 1999 jun. 10;340(23):1796-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10362823>
- [10] Chard T. Pregnancy test: a review [Internet]. *Hum Reprod*. 1992 may.;7(5):701-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1639991>
- [11] Harvey RA, Goff B, Varss, VA. Human chorionic gonadotropin: Testing in pregnancy and gestational trophoblastic disease and causes of low persistent levels [Internet]. UpToDate; 2016 abr. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/human-chorionic-gonadotropin-testing-in-pregnancy-and-gestational-trophoblastic-disease-and-causes-of-low-persistent-levels>
- [12] Velásquez N. La hormona gonadotrofina coriónica humana. Una molécula ubicua y versátil [Internet]. Parte I. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2014;74(2):122-133. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v74n2/art06.pdf>
- [13] Burtis CA, Bruns DE. *Tietz Fundamentals of Clinical Chemistry and Molecular Diagnostics*. 4.ª ed. St Louis: Elsevier; 2015. 2412 p.
- [14] Sutton JM. Charge variants in serum and urine hCG [Internet]. *Clin Chim Acta*. 2004;341(1):199-203. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009898103005758>

- [15] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman [Internet]. London: RCOG Press; 2008 mar. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK51880/>
- [16] Romero J, Sarmiento A, Romero X, Baquero R, Lozano F, Metz H. Texto de obstetricia. Vol 35. 2.ª ed. Bogotá: Kimpres Ltda; 2012. 749 p.
- [17] Bastian LA, Lockwood CJ, Varss VA. Clinical manifestations and diagnosis of early pregnancy [Internet]. UpToDate; 2017 sept. 26. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-early-pregnancy>
- [18] Sayle AE, Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. A prospective study of the onset of symptoms of pregnancy [Internet]. J Clin Epidemiol. 2002 jul.;55(7):676-80. Disponible en: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(02\)00402-X/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(02)00402-X/fulltext)

Anexos

Pacientes embarazadas con extracción de implante en 2014	
Paciente 1	
Fecha de última regla (FUR)	20,06,14
Realización de la prueba de embarazo	10,07,14
Fecha de inserción del implante	12,07,17
Semanas de embarazo al momento de inserción del implante	3,1 por FUR
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	20,4 por FUR
Paciente 2	
Fecha de última regla	No confiable.
Realización de la prueba de embarazo	09,12,13.
Fecha de inserción del implante	10,12,13
Semanas de embarazo al momento de inserción del implante	3,4 por ecografía obstétrica
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	11,4 por ecografía obstétrica del 28,01,14
Paciente 3	
Fecha de última regla	16,08,13
Realización de la prueba de embarazo	09,09,13
Fecha de inserción del implante	09,09,13
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante.	3,3 por FUR
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	21,1 por FUR

Paciente 4	
Fecha de última regla	27,04,14
Realización de la prueba de embarazo	12,05,14
Fecha de inserción del implante: 12,05,14	12,05,14
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	2,1 por FUR
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	12,4 por FUR
Paciente 5	
Fecha de última regla	11,01,14
Realización de la prueba de embarazo	30,09,13
Fecha de inserción del implante:	30,09,13
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	2,1 por FUR
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	22 por FUR
Paciente 6	
Fecha de última regla	No confiable
Realización de la prueba de embarazo	06,11,13
Fecha de inserción del implante	07,11,13
Semanas de embarazo al momento de la inserción de implante	3,5 por FUR
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	21 por ecografía obstétrica del 19,02,14

Pacientes embarazadas con extracción de implante en 2015	
Paciente 7	
Fecha de última regla (FUR)	18,10,14
Realización de la prueba de embarazo	27,10,14
Fecha de inserción del implante	28,10,14
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	1,3 por FUR
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	20,6 por FUR
Paciente 8	
Fecha de última regla	No confiable
Realización de la prueba de embarazo	20,10,14
Fecha de inserción del implante	21,10,14
Semanas de embarazo al momento de la inserción de implante	1,2 por ecografía obstétrica, planificaba con AOC
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	14 por ecografía obstétrica del 18,12,14
Paciente 9	
Fecha de última regla	No confiable
Realización de la prueba de embarazo	27,07,15
Fecha de inserción del implante	28,07,15
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	2,4 por ecografía obstétrica
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	17,6 por ecografía obstétrica del 19,11,15
Paciente 10	
Fecha de última regla	10,11,14
Realización de la prueba de embarazo	12,11,14
Fecha de inserción del implante	13,11,14
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	0,3 por FUR
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	17,5 por FUR
Paciente 11	
Fecha de última regla	25,02,15
Realización de la prueba de embarazo	03,03,15

Fecha de inserción del implante	05,03,15
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	1,1 por FUR
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	8 por FUR

Pacientes embarazadas con extracción de implante en 2016	
Paciente 12	
Fecha de última regla	No confiable
Realización de la prueba de embarazo	26,08,15
Fecha de inserción del implante	27,08,15
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	3 por ecografía obstétrica
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	25,5 por ecografía obstétrica del 09,02,16
Paciente 13	
Fecha de última regla	No confiable
Realización de la prueba de embarazo	15,02,16
Fecha de inserción del implante	16,02,16
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	3,1 por ecografía obstétrica
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	9 por ecografía obstétrica de 28,03,16.
Paciente 14	
Fecha de última regla	06,03,16
Realización de la prueba de embarazo	15,02,16
Fecha de inserción del implante	17,03,16
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	1,4 por FUR
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	7,2 por FUR
Paciente 15	
Fecha de última regla	16,09,15
Realización de la prueba de embarazo	03,10,15
Fecha de inserción del implante	05,10,15

Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	2,5 por FUR
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	15,6 por FUR
Paciente 16	
Fecha de última regla	28,11,15
Realización de la prueba de embarazo	30,12,15
Fecha de inserción del implante	02,01,16
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	5 por FUR
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	19,2 por FUR
Paciente 17	
Fecha de última regla	11,03,16
Realización de la prueba de embarazo	03,10,15
Fecha de inserción del implante	05,10,15
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	2,6 por FUR
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	18,6 por FUR
Paciente 18	
Fecha de última regla	No confiable
Realización de la prueba de embarazo	18,08,16
Fecha de inserción del implante	18,08,16
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	7,3 por ecografía obstétrica
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	19,2 por ecografía obstétrica de 03,11,16
Paciente 19	
Fecha de última regla	No confiable
Realización de la prueba de embarazo	28,01,16
Fecha de inserción del implante	29,01,16
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	6,1 por ecografía obstétrica
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	15,3 por ecografía obstétrica del 21,05,16

Pacientes embarazadas con extracción de implante en 2017	
Paciente 20	
Fecha de última regla	No confiable
Realización de la prueba de embarazo	05,09,16
Fecha de inserción del implante	05,09,16
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	2,6 por ecografía obstétrica
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	21,1 por ecografía obstétrica del 27,12,16
Paciente 21	
Fecha de última regla	No confiable
Realización de la prueba de embarazo	08,05,17
Fecha de inserción del implante	09,05,17
Semanas de embarazo al momento de la inserción del implante	3,1
Semanas de embarazo al momento de retirar el implante	23,3 por ecografía obstétrica del 28,09,17